



Obra Social del Personal de Farmacia

R.N.O.S. 107404



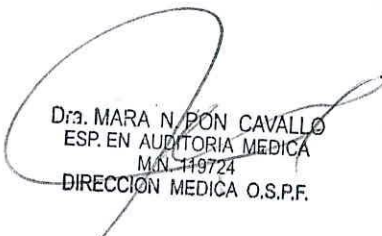
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de abril de 2023

Estimado Prestador

De nuestra consideración

Por medio de la presente nota ponemos en conocimiento que se solicita cumplimentar con los requisitos y datos que a continuación se detallan, a partir del 01 de abril del corriente año, dado que hubo una modificación de la nueva Ley de la Superintendencia de Servicios de Salud denominada SURGE, de modo que la falta estos requisitos será motivo de débito sin excepción.

- Apellido y Nombre del beneficiario
- N° de beneficiario
- DNI
- Diagnostico actualizado (internación Crónica)
- Pedido Medico del profesional solicitante (con datos del afiliado sello firma y fecha en el mismo)
- En cada hoja diagnostico específico de la enfermedad que cursa el beneficiario.
- Evolución diaria en forma completa en donde conste fecha firma y sello del profesional a cargo., de igual forma para las hojas de enfermería e indicaciones médicas.


Dra. MARA N. PON CAVALLO
ESP. EN AUDITORIA MEDICA
M.N. 149724
DIRECCION MEDICA O.S.P.F.

Auditoria Medica.

Obra Social de Personal de Farmacia